

## درخواست تأیید مدارک پزشکی دانشجویان بورسیه

اینجانب با مشخصات زیر درخواست معافیت تحصیلی برای خود را دارم.

نام:	نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی سابق:
نام به حروف لاتین:	نام خانوادگی به حروف لاتین:	
نام پدر:	تاریخ تولد به شمسی (روز/ماه/سال):	شهر و کشور محل تولد:
شماره شناسنامه:	شهرستان محل صدور شناسنامه:	حوزه محل صدور شناسنامه:

## مشخصات گذرنامه و وضعیت اقامت

شماره گذرنامه:	تاریخ صدور به شمسی (روز/ماه/سال):	محل صدور:	آخرین تاریخ اعتبار به شمسی (روز/ماه/سال):
نوع اقامت:	شماره مهر اقامت یا ویزا در گذرنامه:		مدت اقامت در فنلاند / خارج از کشور:
<input type="checkbox"/> دائم <input type="checkbox"/> موقت			

## هزینه معالجه به یورو

مبلغی که پرداخت شده است:	مبلغی که پرداخت نشده است:
نوع بیماری:	

## هزینه قابل پرداخت توسط بیمه (فقط اگر بیمه هستید جدول زیر را تکمیل کنید)

مبلغ قابل پرداخت توسط شرکت بیمه:	مبلغ قابل پرداخت توسط شخص بیمار:
----------------------------------	----------------------------------

## نشانی محل زندگی و محل تحصیل در فنلاند

تلفن محل اقامت در فنلاند:	نشانی محل اقامت در فنلاند:
تلفن محل تحصیل / همراه در فنلاند:	نشانی محل تحصیل در فنلاند:

امضاء:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی: